CONCOURS POUR L'AGRÉGATION (1907)

(Section de Chirurgie et Accouchements)

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur J. VORON



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE ET Cie

14, rue Bellecordière, 14

1907

TITRES

Titres universitaires et fonctions dans l'enseignement

Docteur en médecine (1900).
Chef de table, répétiteur de médecine opératoire (1899-1900).
Moniteur de Clinique obstétricale, avec le titre de chef de Clinique adjoint (1901-1902, 1902-1903).
Chef de Clinique obstétricale (1903-1904).
Admissible aux épreuves définitives du concours d'agrégation (Accouchements - 1904)
~~Accouchements, 1904~~.
Chargé des fonctions d'agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon (année scolaire 1905-1906), second semestre de l'année scolaire (1906-1907).

Fonctions et titres Hospitaliers

Externe des Hôpitaux de Lyon (1893).
Interne des Hôpitaux de Lyon (1895).
Lauréat des Hôpitaux (Prix Bouchet), chirurgie (1900).
Chargé par l'administration de suppléances dans les Maternités des Hôpitaux de Lyon (1902-1903-1904).
Accoucheur des Hôpitaux de Lyon, concours de 1904. Titulaire de la Maternité de l'Hôtel-Dieu depuis août 1904.

Enseignement

Démonstrations pratiques de médecine opératoire (semestre d'été, 1899-1901).

Démonstrations pratiques de petite chirurgie (mêmes années).

Conférences et démonstrations pratiques d'obstétrique (1902-1903).

Conférences et démonstrations cliniques d'obstétrique (1903-1904).

Cours élémentaire et pratique d'accouchements, à la Clinique obstétricale, pendant les vacances des années 1902 et 1903.

Cours sur la grossesse et la pathologie de la grossesse aux élèves sages-femmes de la Maternité de Lyon (1903-1904).

Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes (année 1904).

Cours sur la grossesse normale et pathologique à la Faculté de Médecine (année 1905-1906).

Sociétés savantes

Membre de la Société des Sciences Médicales de Lyon (1903).

Membre de la Société obstétricale de France (1905).

Correspondant de la Société d'Obstétrique de Paris, 1906.

LISTE CHRONOLOGIQUE
DES PUBLICATIONS

1. Kyste dentigère (*Province Médicale*, 1897).
2. Chancre syphilitique végétant de la lèvre inférieure (*Société des Sciences Médicales de Lyon*, 1897).
3. Cancer de l'estomac. Dilatation bidigitale du pylore (*Société des Sciences Médicales de Lyon*, 1897).
4. Dentier dans l'œsophage (*Société des Sciences Médicales de Lyon*, 1898).
5. Ostéoclasie ancienne (*Société des Sciences Médicales de Lyon*, 1898).
6. Fibrome de l'utérus (*Société des Sciences Médicales de Lyon*, 1898).
7. Occlusion intestinale par bride péritonéale ; laparotomie, éviscération partielle, guérison (*Lyon Médical*, 1898).
8. Cancer du rein ; néphrectomie transpéritonéale (*Lyon Médical*, 1898).
9. Résection du tarse (*Société Nationale de Médecine*, 1898).
10. Epilepsie, trépanation (*Société des Sciences Médicales*, 1898).
11. Résultats éloignés d'une exothyropexie (*Société des Sciences Médicales*, 1898).
12. Kyste de l'ovaire enflammé (*Société des Sciences Médicales*, 1898).
13. Appendicite perforante (*Société des Sciences Médicales*, 1898).
14. Epithélioma de la face traité par l'acide arsénieux (*Société des Sciences Médicales*, 1898).
15. Cancer du pylore, gastro-entéro-anastomose et gastrectomie (*Société des Sciences Médicales*, 1899).
16. Résection du coude (*Société des Sciences Médicales*, 1899).
17. Cure radicale d'un anus contre nature (*Société de Médecine*, 1899).

18. Contribution à l'étude des fistules intestino-vaginales après les opérations sur le vagin. Spontanéité de leur guérison (En collaboration avec M. le professeur agrégé Condamin. *Archives Provinciales de Chirurgie*, 1900).
19. Contribution à l'étude des pseudo-appendicites (En collaboration avec M. le professeur agrégé Condamin. *Archives Provinciales de Chirurgie*, 1900).
20. De la traction manuelle par les lacs dans les applications du forceps (traction sur les deux lacs, traction unilatérale). Thèse inaugurale, Lyon, 1900; Librairie J.-B. Baillière et fils, Paris, 1901.
21. Imperforation du duodénum chez un nouveau-né (*Lyon Médical*, 1904).
22. Brièveté absolue du cordon ombilical (*Société des Sciences Médicales* et *Lyon Médical*, 1904).
23. Résultat de l'autopsie d'une éclamptique, morte au 6e mois de la grossesse (*Société Nationale de Médecine*, 1904).
24. 16 cas d'infection post-puerpérale et post-abortive traités par le nettoyage de la cavité utérine (curage digital et écouvillonnage) (*Société Nationale de Médecine*, 1904).
25. Fracture étendue du frontal après une application de forceps dans un bassin rétréci. Relèvement sanglant du fragment. Guérison (*Société des Sciences Medicales*, 1904).
26. Pneumonie de la fin de la grossesse. Accouchement avant terme. Défervescence 4 jours après l'accouchement. Allaitement de l'enfant par la mère (*In* Thèse de Yottenkieny, Lyon, 1904).
27. Un cas d'adhérence vraie du placenta, avec examen histologique (*In* Thèse du Dr Teyssier, Lyon, 1904).
28. Imperforation de l'urètre chez un nouveau-né, mort le troisième jour, présentant des lésions congestives de l'intestin (*Société des Sciences Médicales de Lyon*, 1905).
29. Présentation d'un nouveau-né syphilitique (*Sciences Médicales*, 1905).
30. Hypertrophie du foie et de la rate chez un fœtus, avec gros placenta (*Sciences Médicales*, 1905).
31. Allaitement artificiel d'un enfant prématuré et syphilitique (*Sciences Médicales*, 1905).
32. Hémorragie par décollement du placenta inséré normalement chez une albuminurique (*Sciences Médicales*, 1905).
33. Hémorragie par insertion vicieuse centrale du placenta. Rigidité du col. Hémophilie. Hémorragie rétro-péritonéale sans déchirure du segment inférieur. Mort de la malade (*Sciences Medicales*, 1905).

34. Sur une modalité cliniqua des hémorragies de la délivranca (hémorragie interne dans le sagment inférieur, l'utérus étant rétracté (*Congrès de la Société obstétricale de France*, Paris 1905).
35. Délivrance chirurgicale dans un cas de grossessa compliquée de fibrôme (*Congrès de la Société obstétricale de France*, Paris 1905).
36. Accouchement 35 jours après la rupture prématurée des mambranes et l'issue de la plus grande partie du liquida amniotique (*Société des Sciences Médicales*, Lyon 1906).
37. Abcès da fixation ouvert dans la cavité péritonéale (*Sciences Médicales*, 1906).
38. Malformation chez deux nouveau-nés (*Sciences Médicales*, 1906).
39. Hernie ombilicale sans sac chez un fœtus macéré (*Sciences Médicales*, 1906).
40. Un cas de grangrène de l'ombilic chez un nouveau-né (*Sciences Médicales*, 1906).
41. Rupture intra-utérine de la rate et péritonite sous-hépatique chez un nouveau-né ; présentation des pièces (*Sciences Médicales*, 1906).
42. La lymphangite gangrèneuse du scrotum chez le nouveau-né (*In* thèse de Rousseau, 1906 et mémoire en cours de publication).
43. Rupture de la paroi postérieura de l'oreillette droite chez un nouveau-né ; présentation des pièces (*Sciences Médicales* 1906).
44. L'hématôme périrénal du nouveau-né (*Sciences Médicales*, 1906).
45. Grossesse et maladie de Roger (*Sciences Médicales*, 1906).
46. Affections valvulaires du cœur et puerpéralité (16 observations *in* thèse de Bernard, Lyon 1906).
47. Ictère grave survenu brusquement après un accouchement normal (*Sciences Médicales*, 1906).
48. Des ictères graves survenant dans les suites de couches en dehors des cas d'infection puerpérale (*in* thèse Gérard, Lyon 1906).
49. Les tumeurs conjonctives et plus particulièrement les angiômes du placenta (Un mémoire de 30 pages chez Legendre, Lyon 1907).
50. Opération césarienne itérative pratiquée trois ans après la première intervention. Section de l'intestin. Présentation de la mère et de deux enfants vivants (*Société de Chirurgie*, Lyon 1907).

51. De la mortalité infantile suivant que l'enfant est gardé par la mère ou confié à une nourrice mercenaire (statistique *in* thèse de Vitrey, Lyon 1907).
51. Syndactylie de la main gauche chez un nouveau-né (*Sciences Médicales*, 1907).
53. Rein congénitalement atrophié (*Sciences Médicales*, 1907).
54. Absence congénitale du voile du palais et du palais chez un prématuré de 2.600 gr. (*Sciences Médicales*, 1907).
55. Spina-bifida ulcéré pendant le travail. Double pied-bot congénital (*Sciences Médicales*, 1907).
56. Anémie pernicieuse de la grossesse. Accouchement prématuré spontané. Amélioration. Guérison (*Sciences Medicales*, 1907).

TRAVAUX D'OBSTÉTRIQUE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE OBSTÉTRICALE
GROSSESSE PATHOLOGIQUE
DYSTOCIE
THÉRAPEUTIQUE et OPÉRATIONS OBSTETRICALES
CHIRURGIE OBSTÉTRICALE
DÉLIVRANCE
SUITES DE COUCHES — ALLAITEMENT
NOUVEAU-NÉ
TERATOLOGIE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE OBSTÉTRICALE

Les tumeurs conjonctives et plus particulièrement les angiômes du placenta (49).

Ayant eu l'occasion de recueillir un placenta, qui portait sur sa face fœtale une tumeur grosse comme une mandarine et que l'examen histologique démontra nettement être une néoformation conjonctive, à type angiomateux, j'eus l'idée de réunir en une étude d'ensemble ce qu'on sait actuellement sur l'anatomie pathologique, la physiologie pathologique et la clinique de cette variété de tumeurs.

Anatomiquement. — Ces tumeurs dérivent du stroma conjonctif des villosités, et doivent être distinguées avec soin de celles qui prennent leur origine dans le revêtement épithélial (Chorio-épithéliomes bénins ou malins).

De volume variable, elles occupent presque toujours la face fœtale du placenta, sous l'amnios qu'elles soulèvent plus ou moins. Elles sont entourées d'une enveloppe connective et s'énucléent facilement.

Leur constitution histologique est schématiquement la suivante : d'une part, squelette conjonctif, plus ou moins abondant, de l'autre, dilatation et néoformation vasculaires intenses, l'un de ces éléments prédominant sur l'autre, pour donner des fibromes, ou des

angiomes. Ce sont des formations bénignes, qui n'ont jamais envahi l'organisme maternel et, plutôt que des tumeurs vraies, des malformations, des déviations vasculaires, ainsi que le sont toutes les formations angiomateuses.

Dienst invoque, pour expliquer une histogenèse, une stase sanguine dans l'organisme maternel, au début de la formation du placenta : cette stase agit sur le stroma, et les vaisseaux de la villosité, lesquels alors se développent de façon anormale.

La physiologie pathologique des tumeurs conjonctives vasculaires du placenta, comporte comme faits essentiels, d'abord une annihilation des fonctions du placenta, au niveau de la néoformation. Si la tumeur est volumineuse, ou qu'il y en ait plusieurs, la vie du fœtus sera compromise ou, du moins, son développement restera incomplet.

De plus la tumeur, par sa présence et le volume des ectasies vasculaires, qui dérivent une partie du sang fœtal, oppose une certaine gêne à la circulation de retour du sang dans les vaisseaux ombilicaux. Cet embarras circulatoire, s'il est suffisant, donne logiquement naissance à l'hydramnios.

Cliniquement, les tumeurs conjonctives du placenta sont souvent latentes.

Lorsqu'il existe des symptômes, ceux-ci sont tels que les laissait prévoir la physiologie pathologique : 1° l'hydrammios est signalé 12 fois sur 52 observations, hydramnios le plus souvent à développement lent ; 2° l'enfant naît souvent mort, prématuré ou débile. Cette mortalité et cette débilité infantiles se comprennent trèsbien, si l'on se rappelle que la tumeur est une lésion placentaire, refoulant, étouffant les houppes choriales, et entravant d'autant la nutrition fœtale. Le pronostic est donc sombre pour les enfants.

GROSSESSE PATHOLOGIQUE

Résultat de l'autopsie d'une éclamptique morte au 6e mois de la grossesse (23).

Il s'agit d'une femme de 24 ans, sur laquelle les renseignements cliniques font presque totalement défaut. Enceinte de six mois, amenée à l'hôpital par des voisines, elle prit, en arrivant, une crise d'éclampsie, puis, peu de temps après, une seconde ; après celle-ci, elle put déclarer qu'elle n'avait jamais eu de malaises avant ni pendant sa grossesse. Après une troisième crise, elle tomba dans le coma et n'en sortit plus jusqu'à sa mort, qui survint 10 heures après l'entrée, malgré un traitement énergique (saignée, chloral à hautes doses, etc.)

Le col étant resté fermé, on ne fit pas de tentatives pour extraire l'enfant, qui avait, du reste, succombé.

A l'autopsie, nous notâmes surtout l'énormité des œdèmes, la présence d'une grande quantité de liquide citrin dans les cavités péritonéales et pleurales.

Le poumon, la rate, le cerveau, le corps thyroïde ne présentaient pas de lésions nettes.

Le foie est gros (1 k. 600), d'apparence graisseuse, avec des veines sous-hépatiques béantes et de nombreuses petites ecchymoses sous-séreuses.

Le cœur (340 gr.) présente une hypertrophie manifeste du ventricule gauche.

Mais les organes qui sont les plus lésés sont manifestement les reins. Ils sont gros (170-180 gr.), blancs, avec congestion marquée des pyramides, et l'adhérence de la capsule avec de petites cicatrices sous-capsulaires atteste la coexistence de lésions anciennes avec les lésions récentes.

L'utérus gravide a été conservé intact, pour être congelé et coupé.

Histologiquement : le foie présente une congestion intense, et de nombreux petits nodules où se remarquent des amas considérables de cellules embryonnaires, lésions qu'on trouve dans le foie infectieux.

Dans le rein, on trouve manifestement les deux lésions suivantes : 1° Epithéliales : glomérulite avec exsudat albumineux intra-alvéolaire ; 2° Interstitielles : infiltration embryonnaire péritubulaire (Examen fait au laboratoire du professeur Renaut).

En somme, dans ce cas, l'hypertrophie du ventricule gauche, l'abondance des œdèmes et surtout l'intensité des lésions rénales semblent nous autoriser à conclure que le syndrôme éclampsie, observé pendant la vie, était nettement d'origine rénale, et que c'est avant tout parce que le rein était malade que les poisons de l'auto-intoxication gravidique ont pu s'accumuler dans l'organisme et causer la mort. La lésion rénale a été l'intermédiaire nécessaire entre l'auto-intoxication et l'éclampsie.

Grossesse et maladie de Roger (45)

Femme présentant tous les signes sthétoscopiques de la communication interventriculaire.

La grossesse a évolué sans aucun incident, ni symptôme fonctionnel ; mais elle a été cependant interrompue dans le courant du 6e mois. Les suites de l'avortement ont été très simples.

Peut-être cet avortement est-il dû non seulement à la cardiopathie, mais à l'intoxication saturnine (la malade est peintre à la gouache).

Affections valvulaires du cœur et puerpéralité (46)

Relation de 16 observations recueillies à la Maternité de l'Hôtel-Dieu et qui semblent venir à l'appui des propositions suivantes :

1° Il est difficile d'établir une règle générale concernant la tolérance des cardiaques, vis-à-vis de la grossesse. Les accidents peuvent être précoces ou tardifs, par rapport à chaque grossesse considérée en elle-même et aux grossesses successives. Le plus souvent, on ne les constate qu'après un certain nombre d'accouchements, alors que le myocarde surmené cède. Dans l'ensemble, on peut affirmer que les cardiaques supportent bien la maternité.

2° Les accidents cardiaques apparaissent rarement à l'occasion de l'accouchement lui-même, bien plus souvent pendant la grossesse (souvent au début) et pendant les suites de couches.

3° L'avortement spontané est assez rare. L'avortement provoqué nous paraît être d'une grande gravité pour les cardiaques, chez lesquelles l'intensité des accidents conduit à en poser l'indication. Nous croyons que cette intervention doit être restreinte le plus possible, et en tout cas, toujours menée avec la plus grande rapidité.

4° Les enfants sont, en général, de poids normal et bien conformés.

5° L'allaitement est bien supporté dans un assez grand nombre de cas (à condition, bien entendu, que la lésion cardiaque soit bien compensée, et qu'il n'y ait pas de troubles fonctionnels du côté de l'appareil respiratoire). Les cardiaques sont souvent de très bonnes nourrices.

Ictère grave survenu brusquement après un accouchement normal (47).

Présentation des pièces provenant de l'autopsie d'une femme entrée à la Maternité, ayant, depuis quelques jours, un ictère en apparence très bénin ; son mari était, en même temps qu'elle, en traitement à l'Hôtel-Dieu, atteint lui-même de jaunisse.

Le troisième jour après l'accouchement, la malade est prise brusquement de phénomènes nerveux, agitation, délire, sans aucune élévation de température. Elle suc-

combe le 5e jour, avec des hématémèses. Le foie, pesant 600 grammes, présente tous les caractères de l'atrophie jaune aiguë.

En somme, il s'agit d'un cas type d'ictère aggravé pendant les suites de couches, parce que le foie de la malade, déjà touché par la grossesse (Pinard, Bouffe et Saint-Blain), n'a pu supporter la très légère infection ou intoxication survenue quelque temps avant l'accouchement : influence du terrain sur l'évolution des maladies.

A noter que le mari de la malade, atteint comme elle d'ictère catarrhal, a très bien et très vite guéri.

Des ictères graves survenant dans les suites de couches, en dehors des cas d'infection puerpérale (48).

Il s'agit d'une malade, qui succomba en 48 heures dans mon service de la Maternité, à la suite de l'aggravation d'un ictère banal survenu à la fin de la grossesse.

De ce cas, et des autres analogues qui ont été publiés, et qui sont, du reste, très rares, nous tirons les conclusions suivantes :

1° Il existe des ictères graves survenant dans les suites de couche en dehors de tout état d'infection puerpérale.

2° Les ictères graves sont dus à l'aggravation d'un ictère existant pendant la grossesse et dont la cause première peut être variable.

3° Les ictères aggravés des suites de couche relèvent des mêmes causes et du même mécanisme que les ictères aggravés de la grossesse, ils ont les mêmes symptômes, présentent les mêmes lésions anatomiques, ils n'ont de différent que la date plus tardive d'apparition des accidents graves.

4° Dans les ictères aggravés des suites de couches, le traumatisme réalisé par l'accouchement paraît être la cause de la précipitation des accidents et de la rupture de l'équilibre organique.

5° L'évolution des accidents est très rapide. Il y a prédominance des accidents nerveux. La mort suivient en deux ou trois jours.

6° Au point de vue pratique, on doit surveiller les ictères de la grossesse et, dès leur apparition, les traiter, pour prévenir les accidents graves, par le régime lacté, les purgatifs, les antiseptiques intestinaux.

Anémie pernicieuse de la grossesse. — Accouchement prématuré spontané. Amélioration. — Guérison (56)

Femme présentant, depuis le début de sa grossesse, le syndrôme progressivement croissant de l'anémie pernicieuse (Maladie de Biermer): anémie profonde (840.000 globules rouges, au millimètre cube) intégrité des globules blancs (12.000), pas de formes anormales des globules rouges. Hemorragies rétiniennes. Cachexie grave. Aucune lésion d'organe (Bacillose ou cancer).

La femme accouche spontanément le jour même où on avait décidé, en raison de la gravité son état, de la mettre en travail. Enfant mort depuis deux jours.

Après être resté stationnaire pendant quelque jours, l'état de notre malade n'a depuis cessé de s'améliorer. Et maintenant tant au point de vue de l'état général que de la numération des globules (3.600.000) on peut considérer la guérison comme certaine.

En somme, guérison, à la suite de l'accouchement prématuré spontané, d'une anémie très grave de la grossesse, laquelle paraissait devoir entraîner la mort de la malade.

DYSTOCIE

Brièveté du cordon ombilical (22)

Présentation d'un placenta dont le cordon ne mesure que 21 centimètres auxquels il faut ajouter 2 centimètres restés adhérents à l'ombilic de l'enfant, soit en tout 23 centimètres. Cette brièveté, bien que ne comptant pas parmi les plus considérables qui aient été rapportées, était cependant notable, puisque l'on admet, depuis les recherches de Tarnier et Leray, que la tige funiculaire doit avoir au moins 30 centimètres de longueur pour les présentations de l'extrémité céphalique et 38 centimètres dans les présentations pelviennes pour que l'accouchement soit possible ou, tout au moins, exempt de difficultés.

Dans l'observation rapportée, la brièveté du cordon fut la cause de nombreuses péripéties pendant l'accouchement : grande lenteur de la dilatation malgré des contractions énergiques, douleurs aiguës en un point fixe de l'utérus, arrêt de la tête à la partie moyenne de l'excavation, avec alternatives de progression et de retrait, enfin nécessité d'une application de forceps qui permit de constater, outre une résistance anormale aux efforts de traction, deux phénomènes caractéristiques à l'aide desquels fut fait le diagnostic, à savoir d'abord la réascension du forceps lorsqu'on abandonnait l'instrument à lui-même, ensuite l'apparition d'un écoulement sanguin, vite devenu inquiétant par décollement du placenta. Cette hémorragie obligea l'opérateur à terminer rapidement, par des tractions énergiques, combinées à de l'expression utérine

et, le cordon résistant, ce fut l'arrachement du placenta qui permit d'avoir l'enfant. Extraction immédiate du délivre qui se trouvait du reste dans le vagin. Compression pubo-manuelle de l'utérus. Au bout de 10 minutes l'utérus se contracte et l'hémorragie cesse.

Les suites ont été parfaites pour la mère et l'enfant.

Le placenta était inséré au fond de l'utérus, ainsi qu'en témoigne l'orifice de rupture des membranes,

L'intérêt de cette observation réside surtout en ce fait que le placenta fut arraché par des tractions sur le forceps, alors que, d'habitude, le cordon se rompt. En tout cas, cet arrachement permit l'extraction de l'enfant, qu'il fallait mener rapidement à bien en raison de l'hémorragie.

Hémorragie pour décollement du placenta inséré normalement chez une albuminurique (32)

Présentation du placenta sur lequel on note une zone de décollement occupant les deux tiers de sa surface ; zone déprimée en cupule par le sang épanché entre l'utérus et le placenta et encore recouverte de caillots. Le reste de la surface est au contraire blanc, d'aspect inflammatoire, farci d'infarctus anciens, blanchâtres et durs.

La malade était hospitalisée à cause de son albuminurie persistante, ayant résisté plus d'un mois à l'institution du régime lacté.

La conduite tenue a été simple et a consisté, la malade ayant commencé à perdre et à présenter des signes d'anémie légère, à la surveiller attentivement, en restant prêt à faire un accouchement forcé, s'il survenait une nouvelle hémorragie interne ou externe (Pouls, Volume de l'utérus) et en terminant par une application de forceps dès que l'état du col l'a permis.

Hémorragie par insertion vicieuse (centrale) du placenta; rigidité du col, hémophilie, hémorragie rétropéritonéale sans déchirure du segment inférieur. — Mort de la malade. — Présentation des pièces (33).

Il s'agit d'une femme entrée à la Maternité, pour une hémorragie résultant d'un placenta prœvia central latéral (Variété recouvrante partielle de M. Oui).

Le Braxton Hicks ayant été fait quoique avec beaucoup de difficulté, le col opposant une résistance invincible à la dilatation, l'expulsion du siège ne fit aucun progrès malgré des tractions prudentes, l'hémorragie externe s'arrêta et, nonobstant, la malade continua à s'anémier et succomba au bout de six heures. On avait, quelques minutes auparavant, à l'aide de grandes incisions cervicales, libéré le col, et extrait le fœtus.

Elle avait présenté, depuis le début des accidents, des stomatorragies incoercibles, provenant d'un suintement sanguin au niveau du collet de chaque dent.

L'autopsie révéla que la cause de la mort, restée jusque là obscure, était une hémorragie interne (800 gr.), qui avait décollé les deux feuillets des ligaments larges, droit et gauche, avait fusé de là sous le péritoine pariétal, rempli les deux fosses iliaques internes, et remontait jusqu'à l'insertion du mésentère. Il était visible que cette hémorragie provenait non de l'aorte et des iliaques, absolument saines, mais bien du segment inférieur, les ligaments larges, décollés et séparés contenant une notable quantité de sang. Le segment inférieur ne présentait aucune trace de rupture.

Il s'est agi, chez ma malade d'une hémorragie interstitielle, ayant pris naissance dans un segment inférieur non déchiré, mais contenant des vaisseaux anormalement développés, à cause de l'insertion du placenta, et surtout anormalement friables. La malade était d'autre part, bien probablement hémophile, elle avait eu des hématémèses pendant sa grossesse sans que l'estomac,

montre aucune lésion de sa muqueuse, et elle a présenté une hémorragie buccale en nappe pendant toute la journée où se sont déroulés ces incidents. Peut-être la syphilis, dont la malade aurait été atteinte peu de temps auparavant, était-elle la cause de cette hémophilie.

En somme, chez notre malade, nous nous sommes trouvés en présence de difficultés multiples résultant du placenta prœvia central et de la rigidité du col. Néanmoins notre malade aurait probablement survécu s'il n'était survenu une hémorragie interne, vaste épanchement sous-péritonéal, résultant elle-même d'une dyscrasie sanguine, accompagnée probablement de lésions vasculaires.

Cette hémorragie fut certainement la cause de la mort, et il était malheureusement impossible d'en faire le diagnostic, qui eût permis l'intervention.

Accouchement 35 jours après la rupture prématurée des membranes et l'issue de la plus grande partie du liquide amniotique (36).

Présentation des annexes fœtales provenant d'une femme qui a présenté une rupture prématurée des membranes avec issue des eaux de l'amnios, sans que l'accouchement ait suivi de près cet incident. Il a eu lieu seulement 35 jours après.

Il y a sur les membranes deux orifices de rupture : un grand par lequel l'enfant a passé et un petit (du diamètre d'une pièce de 50 centimes) qui a donné passage au liquide.

Ce cas est intéressant par la prolongation inaccoutumée du séjour de l'enfant dans un utérus vide d'eau.

THÉRAPEUTIQUE ET OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES

De la traction manuelle par les lacs dans les applications de forceps. — Traction sur les deux lacs, traction unilatérale (20).

Cette étude, faite sous la direction du professeur Fochier et conformément aux idées depuis longtemps soutenues par lui, est un travail d'ensemble, sur un procédé fort usité à Lyon et peu connu ailleurs : la traction manuelle par les lacs dans les applications de forceps.

I. — Dans un premier chapitre, historique, nous montrons par quelle série de moyens on s'est ingénié à réaliser une traction idéale, c'est-à-dire répondant à ces deux desiderata :

1° Tirer dans l'axe du bassin.

2° Laisser à la tête toute liberté d'évoluer, selon les résistances qu'elle rencontre et comme si elle obéissait à la poussée utérine.

Les tracteurs métalliques ont abouti à un tracteur-type, celui de Tarnier. A Lyon on est resté fidèle aux lacs que Chassagny, dès 1864, insérait au centre de figure, mais qu'il mettait au service de la traction mécanique, procédé reconnu universellement comme détestable.

Ce fut Laroyenne qui eut l'idée d'adapter les lacs au forceps ordinaire, en munissant les cuillers de celui-ci

de petits orifices, au niveau correspondant au centre de la tête (1).



Fig. I.

Figure schématique montrant les lacs tirant sur une tête engagée normalement au détroit supérieur ; une flèche indique la direction de la traction, exercée directement en avant du périnée. Une autre montre la direction de l'axe du détroit supérieur. Pour plus de simplicité nous avons supprimé l'extrémité des manches du forceps et supposé les deux chefs de chaque lacs réunis beaucoup plus haut qu'ils ne le sont en réalité.

II. — Quels sont les avantages et les inconvénients des lacs pour la progression de la tête, considérés indépendamment des mouvements de rotation autour de différents axes ?

La traction à l'aide des lacs est un procédé défectueux, en ce sens qu'on ne tire pas directement dans l'axe du bassin, puisque les lacs sont repoussés en avant par le périnée (v. fig. 1).

C'est une infériorité par rapport au tracteur de Tarnier, mais seulement lorsqu'il s'agit de prises faites dans l'excavation.

(1) Il n'est pas inutile d'ajouter que M. Demelin est devenu partisan des lacs.

En effet, lorsqu'il s'agit d'applications faites au détroit supérieur, il n'y a, le plus souvent, aucune coïncidence, entre l'axe des cuillers et celui du détroit, et le tracteur de Tarnier, qui tire selon les axes des cuillers, ne tire plus selon l'axe du bassin. Il est donc, à ce point de vue, aussi mauvais que les lacs.

Ceux-ci ont, par contre, les avantages suivants, que ne présente pas le tracteur :

a) L'insertion de la force au centre de figure réalise les meilleures conditions mécaniques, lorsqu'on ne peut pas appliquer cette force directement dans la direction de l'axe ; elle permet de déployer un maximum de force, qu'il serait impossible d'atteindre avec un autre mode d'application de la traction.

b) Les lacs laissent à la tête toute liberté d'évoluer ; elle peut obéir aux résistances qu'elle rencontre sur son chemin.

c) Les lacs permettent de mesurer, à l'aide du dynamomètre, la force avec laquelle on tire et de faire des tractions comparables entre elles ; M. Fochier insistait beaucoup sur ce point.

d) Les lacs permettent d'user des tractions oscillantes dont l'utilité est souvent manifeste.

En conséquence de ces avantages qui lui sont propres, la traction sur les lacs rendra de grands services pour les applications au détroit supérieur, dans les bassins rétrécis, que la tête soit engagée ou simplement fixée (on peut tirer avec une force de 50 kilogrammes).

Or, ces applications au détroit supérieur sont les plus difficiles de toutes.

Il faut abandonner les lacs au moment du dégagement, ce mode de traction est dangereux pour le périnée.

Enfin les lacs peuvent produire, par leur pression directe, des lésions au niveau de la vulve et du vagin ; mais ces lésions sont le plus souvent superficielles et de gravité nulle.

II. — Il peut devenir utile de déroger au principe de la traction dans l'axe, lorsqu'il s'agit de modifier certaines positions vicieuses de la tête, résultat de rotation autour de différents axes. On se servira des lacs de la façon suivante :

A. Présentation du pariétal antérieur. — Que le forceps soit appliqué sur une tête en transverse, dans le sens antéro-postérieur par rapport au bassin, ou bien obliquement (prise mastoïdo-frontale, seule admise par M. Fochier), la défectuosité des lacs qui tirent trop en avant, deviendra ici un avantage, puisque, par, ce fait même, le pariétal postérieur, retenu au-dessus du promontoire, tendra à descendre et à gagner l'excavation. Un coup d'œil jeté sur la figure II permettra d'apercevoir le détail de ce mécanisme, qui est la reproduction exacte de celui indiqué par Litzmann.

B. — Présentation du pariétal postérieur. — Evidemment, les lacs sont ici mauvais, puisqu'ils tirent tou-

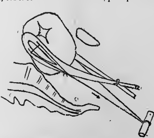


Fig. II

Figure schématique représentant une tête au détroit supérieur, présentant son pariétal antérieur. Prise mastoïdo-frontale. La traction par les lacs, exercée dans le sens de la flèche, tend à fixer les régions antérieures contre le pubis et à faire descendre le pariétal postérieur.

jours trop en avant et qu'il s'agit d'engager le pariétal antérieur.

Mais on peut corriger cette défectuosité par deux procédés :

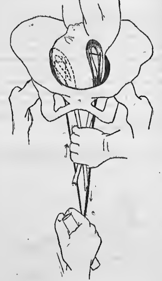


Fig. III. — Manœuvre combinée.

Figure schématique représentant une tête inclinée sur l'épaule antérieure. Une main tire sur les lacs. Une autre repousse la tête en arrière, dans le sens de la flèche et tend, par conséquent, à permettre l'engagement du pariétal antérieur (en réalité, on agit également sur les manches que nous avons supprimés pour plus de commodité Prise de la mastoïde antérieure à la bosse frontale postérieure).

1° La manœuvre combinée (Fig. 3). Cette manœuvre peut être aussi employée lorsqu'il n'y a pas d'inclinaison du pariétal postérieur.

Voici en quoi elle consiste :

La malade, en position obstétricale, est sur un lit élevé. Pendant qu'un aide, assis sur un siège bas, met de la force sur la tête, en tirant sur les lacs, l'opérateur saisit le forceps, une main sur l'articulation, une autre à l'extrémité des manches, et refoule contre le promontoire, le mobile, tête et forceps, que les lacs pressaient contre les pubis. Il peut bien évidemment effectuer ce refoulement, soit directement en arrière, soit plus utilement en arrière et en bas.

2° La *traction unilatérale* sur *le lac antérieur* (avec application oblique).

On fait une prise mastoïdo-frontale, allant de la mastoïde antérieure à la bosse frontale postérieure (contrairement à ce qu'on fait habituellement) pour laisser la bosse frontale antérieure libre d'évoluer (Fig. 4).

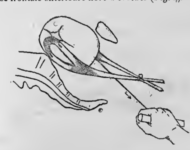


Fig. IV. — Traction unilatérale.

Figure schématique. Présentation du pariétal postérieur. Prise mastoïdo-frontale. Traction sur le lacs antérieur mastoïdien, qui tend à faire descendre les régions antérieures de la tête. L'autre lacs n'a pas été figuré.

Cette prise faite, on tire en arrière sur le lacs antérieur; la cuiller antérieure tendra à descendre, entraînant avec elle le pariétal et la bosse frontale antérieure qui sera libre.

C. — La tête est défléchie. Il y a lieu de faire de la flexion. — *a)* Il s'agit d'applications au détroit supérieur où il est nécessaire de réaliser la flexion pour amener l'engagement. On fait une prise mastoïdo-frontale et, qu'il s'agisse d'une présentation du pariétal antérieur ou postérieur, on exerce des tractions unilatérales sur le lacs mastoïdien, qu'il soit, du reste, antérieur (prise irrégulière, présentation du pariétal postérieur) ou postérieur (prise régulière, présentation du pariétal antérieur).

b) On a affaire à des occipito-postérieures défléchies dans l'excavation.

Il faut d'abord fléchir la tête avant de la faire tourner. Pour cela, M. Fochier conseillait de faire une application oblique, puis d'exercer des tractions sur le lacs mastoïdien, ce qui tend à faire descendre l'occiput, par conséquent à réaliser la flexion demandée (Fig V).



Fig. V — Traction unilatérale.

Figure schématique. Tête dans l'excavation en occipito-postérieure peu fléchie, prise mastoïdo-frontale. La traction sur le lacs postérieur mastoïdien tend à fléchir la tête et, en même temps, à la faire tourner en avant. L'autre lacs n'a pas été figuré.

Par contre, la traction sur les deux lacs dans les occipito-postérieures défléchies est défectueuse, parce qu'elle tend à augmenter la déflexion.

D. — La tête a son occiput tourné en arrière. Il faut le ramener en avant.

Ici, la traction sur les lacs est utile, parce que, laissant à la tête toute sa liberté d'évoluer, elle réalise les meilleures conditions pour que la rotation se fasse dans le bon sens.

On peut aussi, lorsqu'on veut favoriser plus explicitement la rotation, faire, à l'aide des lacs, de la *traction bilatérale divergente*, avec prise mastoïdo-frontale, méthode suffisamment définie par son nom même.

L'étude de cette méthode a été récemment reprise et mise au point par M. Commandeur (*Soc. Obstét. de France*, 1902).

Suivent 104 observations d'applications de forceps avec traction sur les lacs, dont 94 au détroit supérieur. Ces observations représentent la presque totalité des applications au détroit supérieur, faites à la Clinique obstétricale de Lyon pendant 10 ans.

74 fois on eut des enfants vivants, 14 fois il y eut mort de l'enfant ; 6 fois, après de vains efforts pour extraire l'enfant, on dut recourir à la basiotripsie.

Dans un assez grand nombre de cas, l'enfant a survécu à des lésions osseuses caractérisées.

En somme, 15, 9 % d'insuccès et 84, 01 % de succès

Abcès de fixation ouvert dans la cavité péritonéale (37).

Il s'agit d'une femme atteinte de troubles nerveux et sensitifs du côté des membres inférieurs (la nature de ces troubles n'a pu être fixée exactement, même par l'autopsie).

Cette femme succomba, au huitième jour, d'une septi-

cémie puerpérale, qui fut traitée, outre les moyens habituels, par la méthode de Fochier (abcès de fixation au niveau de la paroi-abdominale). A noter, comme symptôme, un seul vomissement porracé, et aucun autre signe de réaction péritonéale.

L'autopsie montra que les abcès avaient tous évolué du côté de la face profonde de la paroi. Un même s'était ouvert dans la cavité péritonéale, et l'on voyait encore le pus suintant par l'orifice. Il y avait au niveau de l'ombilic un exsudat épais agglutinant légèrement les anses.

Il faut retenir de cette observation que les abcès de fixation, faits au niveau de la paroi-abdominale, peuvent, quoique le fait soit très rare, perforer les muscles, venir s'ouvrir dans le péritoine, et que, dans ce cas, ouvrir un abcès, c'est faire une véritable plaie pénétrante de l'abdomen, qui doit être, par conséquent, rigoureusement aseptique.

CHIRURGIE OBSTÉTRICALE

Délivrance chirurgicale dans un cas de grossesse compliquée de fibrômes (35)

Il s'agit d'une hystérectomie faite dans une grossesse compliquée de fibrôme, dans des conditions spéciales, puisque le fœtus n'était plus dans la cavité utérine et que seul, le placenta y était retenu.

Malade amenée à l'hôpital, accouchée, mais non délivrée, perdant un peu et ayant 38°9, avec un écoulement vaginal fétide. L'introduction de la main fut impossible, tellement le fibrôme prœvia obstruait, en même temps que le pelvis, l'orifice cervical. Des tractions sur le cordon restèrent également vaines. Il ne restait donc, pour faire la délivrance qui s'imposait, qu'une intervention chirurgicale. L'opération de Porro fut donc immédiatement pratiquée ; un pédicule put-être constitué par la tumeur, et l'on put enlever à la fois, celle-ci, l'utérus et le placenta qui y était contenu. Malheureusement, au moment où l'on fermait le ventre, la malade en vomissant, fut prise d'une syncope respiratoire, que l'autopsie démontra être due à l'irruption brusque de liquide gastrique dans la trachée.

Si l'on fait abstraction de l'incident terminal, cette observation prouve, au surplus, que les indications de l'hystérectomie abdominale peuvent ne pas être épuisées dans les fibrômes utérins dystociques, lorsque le fœtus a

été extrait de la cavité utérine. Si le placenta est utérin, s'il ne peut être commodément enlevé et d'une façon qui assure l'évacuation complète de l'utérus, si enfin celui-ci est infecté (température, lochies fétides, rupture des membranes longtemps avant l'accouchement), alors semble-t-il, il devient logique de délivrer chirurgicalement la malade de son placenta et, en même temps, d'un organe qui renferme à la fois, dans son sein, une tumeur une menace d'hémorragie et un foyer de septicité.

Laisser les choses à elles-mêmes — et j'ai montré qu'on ne pouvait faire autrement, après les tentatives infructueuses d'extraction du délivre — n'était certes pas la mort fatale, mais c'était cependant un avenir plein de périls qu'on aurait été amené probablement à conjurer par la même intervention pratiquée dans de bien moins bonnes conditions de résistance générale du sujet.

La rétention placentaire a été, en somme, dans cette observation, le fait capital qui a conduit à l'hystérectomie. Il resterait à expliquer le pourquoi de cette rétention placentaire. Il ne s'agit pas évidemment de rétention d'un placenta décollé derrière un orifice étroit, mais, en somme, perméable. D'ailleurs, les trois doigts introduits dans le canal cervical aussi loin que possible n'atteignaient pas le délivre. J'ai eu affaire, selon toute probabilité, à une adhérence fausse, perméable, d'un utérus fibromateux ou vraie par un processus inflammatoire quelconque ; l'une ou l'autre hypothèse n'est pas pour me faire regretter de n'avoir pas cherché à extraire un placenta dont le décollement eût été hémorragique ou incomplet.

L'examen de la pièce montre l'excellente confection du pédicule au niveau de la partie non malade du ségment inférieur, l'étroitesse de l'orifice qui conduisait vers la cavité utérine, enfin la superposition des deux masses, l'une inférieure, fibrôme du segment, gros comme une tête de fœtus remplissant la partie supérieure de l'excavation, l'autre supérieure, masse utérine, avec de petits

noyaux fibromateux de volume à peu près égal et s'appuyantsur la précédente qui lui sert de base d'implantation Le placenta est encore dans cette même masse et l'on voit le cordon sortant par l'orifice cervical.

Opération Césarienne itérative pratiquée trois ans après la première intervention. Section de l'intestin. Présentation de la mère et des deux enfants vivants (50).

La mère a 31 ans.

Première intervention, il y a trois ans, à la Maternité de l'Hôtel-Dieu. Enfant vivant.

A l'occasion de sa seconde grossesse, la mère fut prévenue de la nécessité d'un accouchement prématuré à 7 mois et demi. On lui recommanda de venir se montrer à cette époque. Elle n'en fit rien, voulant elle-même subir une césarienne et, pour cela, elle ne vint à l'Hôtel-Dieu qu'à huit mois et demi.

Intervention le 24 décembre 1906. Incision prudente de la paroi abdominale. Malgré les précautions prises pour éviter la blessure de l'intestin, une anse intestinale adhérente à la paroi au niveau de la première incision et qui n'avait pas pu être reconnue à l'exploration, fut incisée par les ciseaux sur une longueur de 20 centimètres environ.

La suture intestinale étant impossible, on dut réséquer les parties saines de part et d'autre de la plaie. Anastomose à l'aide d'un bouton de Villard.

Terminaison rapide de l'intervention. L'enfant vint au monde très étonné, mais put être facilement ranimé.

Suture de l'utérus par un plan musculo musculaire au tendon de renne, puis séro-séreux à la soie fine. Fermeture de l'abdomen sans drainage. Malgré un état de shock assez considérable, à cause de la longueur de l'intervention, la malade a été vite rétablie.

Les dangers des adhérences intestinales à la paroi ou à l'utérus dans les césariennes à répétition sont connus,

mais il est intéressant de relever dans cette observation la disposition de l'anse intestinale adhérente à la première cicatrice. Elle était disposée verticalement, sur une longueur d'environ 25 centimètres, ce qui explique qu'on ne put éviter la section de l'anse intestinale, malgré les précautions prises pour explorer la région où devait porter l'incision.

Lorsqu'on fut en présence de l'anse sectionnée, on dut réséquer de suite la portion intestinale totalement comprise dans des adhérences.

C'était une conduite toute naturelle, qui fut adoptée de suite, et qui permit de terminer la césarienne aussi simplement que s'il se fût agi d'une intervention non compliquée.

En résumé, cas rare de chirurgie d'urgence, qui montre bien toute la prudence qu'on doit apporter à l'incision de la paroi, en général et, en particulier, dans les opérations césariennes itératives, même alors que l'utérus, inspecté par une petite brêche sous-ombilicale, comme cela fut fait pour le cas rapporté, apparaît libre de toute adhérence viscérale.

DÉLIVRANCE

Un cas d'adhérence vraie du placenta (27)

Il s'agit d'un cas observé par nous, alors que nous remplacions M. le professeur agrégé Fabre, dans son service de la Maternité de l'Hôtel-Dieu.

La malade avait eu de petites hémorragies pendant la grossesse.

Après l'accouchement, une hémorragie très abondante nécessite la délivrance artificielle immédiate.

Celle-ci présente des difficultés tout-à-fait insolites. Nous sommes obligés de décoller placenta et membranes morceaux par morceaux, fragments par fragments, en grattant avec l'ongle et en pétrissant, pour ainsi dire, les lambeaux, tellement l'adhérence au tissu utérin est forte. Hémorragie très abondante ; inertie utérine totale. Néanmoins, après avoir éprouvé de grandes inquiétudes, nous sentons l'utérus se contracter au bout de quelques minutes et la malade guérit bien.

Le placenta est absolument déchiqueté, mince, étalé, blanchâtre. Les membranes sont très épaisses.

L'examen histologique, pratiqué par M. le professeur Fabre, donne les résultats suivants :

Grosses lésions de la caduque utéro-placentaire dont l'épaisseur est décuplée ; cellules déciduales très altérées dans la forme et l'aspect de leurs éléments constituants. Un grand nombre d'éléments déciduaux ne sont plus reconnaissables qu'à des débris de noyaux. Substance

intercellulaire considérable et provenant probablement des restes du protoplasma.

En somme, lésions intenses expliquant l'adhérence anormale.

Sur une modalité clinique des hémorragies de la délivrance (hémorragie interne dans le segment inférieur, l'utérus étant rétracté (34).

Communication de deux observations personnelles, analogues à d'autres publiées antérieurement (1899), par Maygrier et qui semblent légitimer les conclusions suivantes.

1° Il existe une variété spéciale d'hémorragie interne, dans laquelle le sang s'accumule exclusivement dans le segment inférieur, le corps utérin n'ayant été à aucun moment distendu.

2° Cette variété d'hémorragie doit être individualisée non pas à cause de l'origine du sang (laquelle est, dans l'espèce, indifférente), mais en raison de son allure clinique tout à fait spéciale.

3° Cette allure clinique est essentiellement caractérisée par la triade symptomatique suivante :

(*a*) Phénomène d'hémorragie interne grave, absence ou peu d'importance de l'hémorragie externe.

(*b*) Présence d'une tuméfaction sus-pubienne, se développant rapidement et pouvant atteindre des dimensions considérables.

(*c*) Constatation, au dessus de cette tumeur, de l'utérus globuleux et rétracté (sauf la présence possible d'inertie localisée).

4° Ces hémorragies sont dues à l'accumulation dans le segment de sang provenant soit du corps utérin (inertie localisée), soit du segment déchiré ou d'une insertion vicieuse du placenta. La rétention de sang résulte, le plus

souvent, de la présence du placenta formant bouchon sur le col.

5º La diagnostic de ces hémorragies est difficile, en raison de l'association de symptômes habituellement dissociés (hémorragie interne et utérus rétracté) et de la présence de la tuméfaction sus-pubienne qu'on peut confondre avec un épanchement intra ou sous-péritonéal lui-même dû à une rupture utérine, avec une vessie distendue, etc.

6º Le pronostic peut être aggravé de ce fait que, en raison de l'incertitude du diagnostic, le traitement est souvent appliqué trop tard, toute la période de début étant silencieuse ou mal interprétée.

7º Le traitement doit s'adresser à la cause et comporte comme premier temps l'évacuation du segment inférieur.

SUITES DE COUCHES
ALLAITEMENT

Relation de 16 observations d'infection puerpérale ou post-abortive traitée par le nettoyage systématique de l'utérus (24).

Sur ces 16 observations, 6 se rapportent à des suites de couches, 10 à des suites d'avortement et l'ensemble représente les cas d'infection, traités au service d'accouchement de la Maternité de la Charité de Lyon (Service de M. Commandeur), du 1er mars au 15 avril 1904.

Le nettoyage de l'utérus a été toujours pratiqué par nous, le plus souvent d'emblée et dès qu'étaient constatés nettement les signes d'infection (température, fétidité des lochies, etc.), quelquefois d'une façon plus tardive et après l'échec d'autres méthodes de traitement.

12 fois le résultat fut excellent, immédiatement le plus souvent, plus rarement après deux ou trois jours.

4 fois il fut négatif et ce dans les circonstances suivantes :

Chez la première malade, le nettoyage fut fait *in extremis*, la malade, amenée du dehors, ayant de la péritonite généralisée; on retira de nombreux débris.

Chez la seconde, accouchée en ville depuis 20 jours, on retira également de nombreux fragments placentaires. Elle sortit dans un état grave.

Chez la troisième, le nettoyage fut pratiqué 12 jours après l'accouchement et le début de l'infection,

Il n'amena aucune amélioration. La malade guérit, mais longtemps après.

Enfin, chez la quatrième, l'écouvillonnage fut pratiqué de façon précoce, mais cette malade avait été amenée du dehors, l'œuf ouvert et infecté (39° avant l'accouchement). Elle est actuellement au 38° jour des suites de couches avec une forme intermittente pyohémique très grave.

Cette série de faits confirme pleinement l'opinion, aujourd'hui généralement admise, que le nettoyage de l'utérus est le traitement de choix de l'infection puerpérale, toutes les fois qu'il est fait à temps, c'est-à-dire lorsque l'infection est encore localisée dans l'endomètre. Il n'agit plus, lorsque l'affection est dans le sang, ou qu'il existe des complications de voisinage (péritonite).

Il faut donc intervenir d'une façon précoce et nettoyer systématiquement l'utérus des femmes infectées, surtout lorsqu'on ignore de quelle façon s'est passée la délivrance.

Pneumonie à la fin de la grossesse. — Accouchement avant terme. — Défervescence 4 jours après l'accouchement. — Allaitement de l'enfant par sa mère (26).

Observation d'une multipare (IV) ayant accouché chez elle au 7e jour d'une pneumonie droite franche, à peu près dix jours avant son terme.

Elle entre à l'hôpital, le lendemain de son accouchement, avec une température supérieure à 40°, et des signes d'une extrême netteté, dans toute la partie inférieure du poumon droit (souffle, matité, râles).

Défervescence brusque, trois jours après son entrée.

L'enfant, qui pesait 2.850 grammes à la naissance, et avait été confié à une nourrice, est redonné à sa mère, sept jours après l'accouchement, et allaité régulièrement par elle.

La sécrétion lactée, d'abord peu abondante, ne tarda pas à se rétablir de façon normale, sans aucun inconvénient pour la santé de la mère.

Après cinq jours, celle-ci suffit aux besoins de son nourrisson, qui prend régulièrement 50 grammes par jour.

Le 17e jour après l'entrée, tous deux quittent le service en parfait état, l'enfant pesant 3.156 grammes.

Cette observation montre, après beaucoup d'autres, d'abord que l'allaitement, dans le décours des maladies aiguës, est parfaitement possible et sans danger pour la mère et l'enfant, ensuite, que, sous l'influence d'une demande régulière, la sécrétion lactée peut s'établir ou se rétablir, même après avoir été suspendue pendant un temps assez long.

Allaitement artificiel d'une enfant prématurée et syphilitique (31).

Présentation d'une enfant née à 7 mois, pesant 1.270 grammes, d'une mère paralytique générale, syphilitique certaine, qui succomba quatre jours après l'accouchement.

Force fut donc de faire de l'allaitement artificiel, l'enfant ne pouvant être confié à une nourrice, en même temps qu'on instituerait un traitement spécifique énergique.

L'enfant, présenté le 92e jour, pèse 2 300 grammes, soit un gain de 1.030 grammes et paraît en bonne santé.

En présentant cette enfant, je n'ai pas l'intention de comparer la valeur respective de l'allaitement maternel et de l'allaitement artificiel, en ce qui concerne les hérédo-syphilitiques.

Il est bien entendu que l'allaitement maternel donne seul les garanties désirables et qu'il doit être institué toutes les fois qu'on le peut,

Mais, lorsqu'on ne le peut pas, pour des raisons quel-

conques, quels résultats faut-il attendre de l'allaitement artificiel devenu la seule ressource ?

Il semble bien, encore que ce ne soit qu'une impression et que je ne connaisse pas de statistique donnant le résultat obtenu dans les différentes crèches des hôpitaux, il semble, dis-je, que le succès est considéré généralement comme des plus problématiques : les dangers du biberon s'ajoutant, dans ce cas, à ceux qui menacent l'enfant du fait de sa naissance prématurée et de l'affection spécifique. J'ai entendu M. Gailleton nous dire, lors d'une clinique faite à la Charité, en 1903, qu'il considérait comme voué à la mort, s'il n'était d'un certain milieu social, tout enfant syphilitique qui n'était pas allaité par sa mère.

Par ces raisons, le fait qui vient de vous être signalé d'une survie remarquable, chez une prématurée syphilitique pesant 1.270 grammes, me semble digne d'intérêt. Il est juste, du reste, d'assurer, que sont intervenues dans ce résultat certaines conditions favorables et adjuvantes, telles que l'existence d'un milieu où ne sont soignés que des enfants sains, le dévoûment d'un personnel nombreux et très attentif, enfin et surtout le traitement mercuriel institué dès le début et rigoureusement poursuivi sous formes de frictions quotidiennes à l'onguent napolitain.

Il ne reste pas moins acquis que l'allaitement au lait de vache a permis de maintenir pendant trois mois, dans un état satisfaisant, un enfant auquel la maladie et la mort de sa mère semblaient enlever toute chance de salut.

De la mortalité infantile selon que l'enfant est gardé par la mère, ou confié à une nourrice mercenaire et, dans chacune de ces catégories selon le mode d'allaitement (maternel ou artificiel) (51).

Travail statistique comprenant 2.395 enfants et basé sur le dépouillement de 674 observations de multipares,

ayant accouché à la Maternité de l'Hôtel-Dieu de Lyon, de septembre 1904 à décembre 1906 (toutes les observations douteuses ont été éliminées).

Les résultats auxquels nous sommes arrivés sont les suivants :

1° Enfants gardés par la mère ou les grand'-parents, 1510.

232 sont morts; 1.278 restent vivants à un an.

Mortalité générale de **15,30** p. 100

a) 1.298 enfants ont été élevés au sein par leur mère pendant un temps plus ou moins long avec ou sans addition simultanée ou consécutive du biberon.

155 sont morts; 1.143 restent vivants.

Mortalité de 11,90 p. 100,

b) 212 enfants ont été allaités au biberon par la mère ou ses proches parents.

65 sont morts; 147 restent vivants à 1 an.

Mortalité : 30,6 p. 100.

2° 885 enfants ont été élevés en nourrice.

391 sont morts; 494 restent vivants à 1 an.

Mortalité générale **44,20** p. 100.

a) 164 enfants ont été élevés au sein,

53 sont morts : 111 restent vivants.

Mortalité : 32,60 p. 100.

b) 721 enfants ont été élevés au biberon; les uns dès leur naissance, les autres après un temps plus ou moins long d'allaitement au sein par la mère.

338 sont morts; 383 survivent à 1 an.

Mortalité : 47 p. 100.

De ces chiffres il est légitime de conclure à la grande supériorité de l'élevage de l'enfant par la mère (quel que soit le mode d'allaitement employé) sur l'élevage par des mains étrangères (exception faite pour les cas où la nourrice est une proche parente de l'enfant).

NOUVEAU-NÉ

Fracture étendue du frontal chez un nouveau-né après une application du forceps dans un bassin rétréci. — Relèvement sanglant du fragment. — Guérison. (25)

Bassin rachitique aplati et généralement rétréci de 9 centimètres de promonto-sous-pubien (pr. p. minimum = un peu moins de 8). On fait facilement le tour du détroit supérieur.

La malade a eu, 5 ans auparavant, un premier accouchement, lequel s'est terminé par un forceps laborieux. L'enfant, né avec une fracture du frontal en godet, est mort, au bout de quelques jours, d'athrepsie, sans avoir présenté de paralysie.

Enceinte pour la seconde fois, la malade revient seulement dix jours avant son terme, avec un enfant paraissant gros. Elle refuse l'opération césarienne et, bien qu'il ne paraisse devoir s'écouler que peu de temps avant l'accouchement, on décide de provoquer immédiatement le travail.

Introduction de sondes, selon le procédé de Krause. Travail lent. Lorsque la dilatation est complète, rupture artificielles des membranes. La tête se présente nettement en position oblique très fléchie, mais ne peut franchir le détroit supérieur, malgré des contractions énergiques.

Après 2 heures d'attente, application du forceps, muni des lacs de Laroyenne sur la tête en O I D A, très fléchie au-dessus du détroit supérieur.

Tractions intermittentes et énergiques, mais sans brutalité sur les lacs, en bas et en arrière.

Pendant une de ces tractions, en entend un craquement, la tête s'engage immédiatement.

L'extraction terminée, je constate que le frontal droit du nouveau-né porte une profonde dépression véritable effondrement de l'os, de la dimension d'une pièce de 5 francs qui se serait un peu allongée dans le sens vertical.

La partie inférieure du trait de fracture est parallèle au bord supérieure de l'orbite sur une étendue de 3 cent. 1/2. Le trait est, à ce niveau, tout-à-fait abrupt, et comme crénelé, avec une série d'élevures et d'encoches. La profondeur de la dépression est, dans cette région, de plus d'un centimètre.

L'enfant, qui pèse 3095 grammes, respire, mais, 10 minutes apres sa naissance, il se met à pousser des cris de souffrance, en même temps qu'apparaît de la contracture au niveau des membres supérieur et inférieur gauches.

Je décide immédiatement le relèvement chirurgical du fragment, relèvement que je pratique de la façon suivante : incision cutanée d'un centimètre, au niveau d'une des dépressions de la partie inférieure du trait de fracture. Incision de la dure-mère qui donne issue à un peu de sang noir. Par l'incision, introduction d'une sonde cannelée que je glisse sous la dure-mère jusqu'à la partie tout-à-fait supérieur du fragment et, enfin, relèvement facilement obtenu en appuyant sur la partie extra-cranienne de l'instrument qui fait levier, et ne peut se mobiliser parce que maintenu par l'encoche osseuse où je l'ai insinué.

Suites opératoires parfaites. Disparition rapide de la contracture des membres à gauche. Chute de poids de 400 grammes dans les quatre premiers jours, mais réascension rapide ensuite.

Le 24e jour, l'enfant quitte l'hôpital pesant le même

poids qu'à sa naissance. La réduction du fragment est restée parfaite ; la région frontale serait normale, si l'on ne sentait pointer sous la peau, vers la partie inférieure du trait de fracture, une aiguille osseuse seul vestige de celui-ci.

Cette observation constitue un cas de plus à l'actif de l'intervention immédiate dans les fractures du crâne de cause obstétricale. La légitimité de cette intervention a été admise par de nombreux accoucheurs. Elle n'est pas discutable lorsque, comme dans mon observation, il existe un enfoncement notable des fragments, ainsi que des signes de compression cérébrale ; et même, lorsque ceux-ci manquent immédiatement ; un fait rapporté par M. Commandeur (*in* thèse de Servel) montre qu'ils peuvent survenir beaucoup plus tardivement et si l'on n'a pas opéré, entraîner la mort de l'enfant.

Le procédé de choix paraît être l'introduction, sous la dure-mère, d'un instrument métallique, au niveau de la partie inférieure du trait de fracture. La réduction par relèvement une fois obtenue, se maintient bien.

L'enfant peut survivre, même alors que l'enfoncement osseux est notable, et que des signes de compression cérébrale ont apparu immédiatement.

Enfin, si des faits analogues à celui que je cite étaient la règle, ils amélioreraient sensiblement le pronostic, pour l'enfant, des applications de forceps dans certaines formes de bassin rétréci, celles où l'engagement se faisant en oblique, une des bosses frontales, vient en contact direct avec le promontoire et se laisse enfoncer par celui-ci, lorsque la tête est entraînée par l'instrument.

Présentation d'un nouveau-né syphilitique (29)

Ce qui fait l'intérêt de ce cas, c'est l'intensité et la confluence des lésions qu'il présente et qui consistent en grosses bulles louches, de pemphigus palmaires et plan-

taires, accompagnées de syphilides maculeuses disséminées, opposées à l'absence complète de tout symptôme de vérole, chez le père et la mère; cette dernière était venue plusieurs fois se montrer à la consultation des femmes enceintes, mais on n'avait pas soupçonné l'infection et, par conséquent, constitué aucun traitement spécifique.

L'enfant pesait 2.150 gr. et, le placenta seulement, 440 gr.

Malgré le traitement mercuriel, l'enfant est mort au bout de deux jours et l'autopsie a révélé des lésions pulmonaires qui, macroscopiquement, ont paru de nature spécifique.

Hypertrophie du foie et de la rate chez un fœtus avec gros placenta (20).

Rien, dans les antécédents de la mère, ne permet d'affirmer la syphilis.

Elle a trois autres enfants bien portants.

Fœtus macéré de 2.550 gr. Le placenta pèse 720 gr., soit le tiers du poids de l'enfant. Aucune lésion apparente. Pas d'infarctus.

Le foie pèse 195 gr. et la rate surtout est énorme, 40 gr. au lieu de 5.

L'examen histologique n'a pu être pratiqué, à cause de l'état de macération des organes.

Le poids du placenta et l'hypertrophie de la rate et du foie sont-ils suffisants pour faire affirmer la syphilis ? C'est une question à laquelle il est difficile de répondre.

Un cas de gangrène de l'ombilic chez un nouveau-né (40)

Présentation d'une pièce provenant d'un nouveau-né, ayant succombé à une gangrène de l'ombilic un mois après la naissance. D'abord était apparue une zone d'inflammation simple autour de l'ombilic; puis, au centre de cette zone, une escharre s'était formée, sans réaction

fébrile et la chute de cette escharre avait laissé le péritoine à nu. En somme deux faits caractéristiques de mortification cutanée, précédée d'une teinte lie de vin de la peau ; absence d'élévation thermique au delà de 37° 8.

L'artère et la veine ombilicale sont saines.

Ce cas d'inflammation cutanée péri-ombilicale gangréneuse à évolution lente, apyrétique, ayant entraîné la mort sans infection générale, est à rapprocher des deux autres cas de gangrène du scrotum, relatés plus haut. Leur ensemble prouve que, chez certains nouveau-nés, d'ailleurs bien portants et bien constitués, il existe une tendance de l'inflammation à devenir caractéristique.

Rupture intra-utérine de la rate et péritonite sous hépatique chez un nouveau-né. Présentation des pièces (41).

Nouveau-né mort dix heures après la naissance.

Or, à l'autopsie on trouve :

1° Adhérences paraissant nettement inflammatoires unissant l'appendice iléo-cœcal à la face inférieure du foie.

2° Sur le bord postéro-externe de la rate, vers le milieu à peu près, une plaie transversale de deux centimètres de long environ. Les lèvres de la plaie sont agglutinées ; les bords étant légèrement écartés, on voit se tendre de petits filaments fibrineux qui se rompent sous la sonde. Il s'agissait donc bien d'une plaie en voie de cicatrisation, et non d'une de ces incisures si fréquentes sur les bords de la rate. L'épiploon gastro-splénique est imprégné de sang noir que le frottement n'enlève pas, car il s'agit d'une ecchymose entre les feuillets péritonéaux.

L'épiploon pancréatico-splénique est également tacheté de ces plaques ecchymotiques.

La mère ayant subi, sur la fin de sa grossesse, un trau-

matisme violent, nous proposons, pour ces lésions, l'interprétation pathogénique suivante :

1° Rupture traumatique intra-utérine de la rate.

2° Epanchement intra-péritonéal, ayant eu le temps de se résorber en presque totalité, mais ayant provoqué, en certains points, une péritonite adhésive dont le vestige serait les adhérences appendiculo-hépatiques.

La lymphangite gangréneuse du scrotum chez le nouveau-né (42)

Deux observations recueillies à la Maternité de l'Hôtel-Dieu sont le point de départ de ce travail, où nous tentons d'individualiser, surtout en la séparant de l'érysipèle, une forme clinique très spéciale des infections cutanées du nouveau-né.

Nos conclusions sont les suivantes :

1° Il existe chez le nouveau-né une forme spéciale de lymphangite du scrotum à tendance gangréneuse.

Cette forme de lymphangite a évidemment des liens étroits avec l'érysipèle de cette région ou des régions voisines, puisque dans certains cas, elle peut lui succéder ; mais, lorsque la maladie est définitivement constituée, elle mérite vraiment, en raison de la netteté des symptômes, d'être individualisée en tant qu'affection spéciale.

2° La lymphangite gangréneuse du scrotum du nouveau-né apparaît indifféremment chez les bien portants ou chez les débiles. La limite extrême de son apparition paraît être la fin de la troisième semaine, et il ne semble pas qu'on doive toujours incriminer l'infection du milieu où elle se produit.

La porte d'entrée de l'agent infectant (probablement le streptocoque) paraît être pour plusieurs raisons la plaie ombilicale ; de sorte que cette forme de lymphangite paraît avoir, avec l'érysipèle du nouveau-né, non seulement une parenté clinique mais aussi une relation étiologique.

3° L'allure clinique de la lymphangite gangreneuse est schématiquement la suivante :

a) Dans une première phase, il existe de la lymphangite du scrotum avec œdème considérable de la région, lymphangite ou bien primitive du scrotum, ou bien consécutive à une infection de voisinage du même ordre.

b) Dans une deuxième phase, la gangrène apparaît sous forme de plaque noirâtre ou blanchâtre, et évolue de façon variable, selon que l'enfant vit assez pour laisser aux tissus mortifiés le temps de s'éliminer ou que la mort survient au premier stade du sphacèle.

L'état général reste bon, tant que la gangrène n'est pas apparue ; il s'aggrave au contraire, immédiatement sitôt la manifestation de celle-ci. La mort survient le plus souvent.

4° Cette affection ne peut guère être confondue qu'avec :

a) Au début, un érysipèle simple, qui, nous l'avons du reste observé, peut présenter des liens étroits avec la lymphangite gangréneuse du scrotum.

b) Plus tard, une infiltration d'urine, maladie très voisine de l'affection étudiée, par l'aspect des téguments scrotaux, mais très différente d'elle, par l'envahissement du périnée respecté dans celle-ci, et surtout par la présence des causes urinaires à incriminer.

5° Le pronostic est toujours très grave, le plus souvent fatal. Nous avons dit plus haut que l'état général s'aggravait considérablement dès l'apparition de la gangrène.

6° Le traitement sera avant tout prophylactique. Lorsque l'affection sera constituée, on aura à sa disposition des moyens simples. (balnéation, compresses antiseptiques chaudes, soutenir l'état général) et des moyens plus chirurgicaux (incisions et mouchetures de la région sphacélée au thermocautère).

Pièces provenant de l'autopsie d'un nouveau-né. — Rupture de la paroi postérieure de l'oreillette droite (43).

Accouchement spontané d'un enfant de 3.858 gr. qui paraît très bien portant à la naissance.

Dix jours après, mort subite de l'enfant avec cyanose.

L'autopsie montre l'existence d'un caillot dans le péricarde. En réclinant le cœur,on trouve, sur sa face postérieure, l'oreillette droite ouverte suivant une ligne horizontale, qui se confond à peu près avec le bord supérieur du sillon auriculoventriculaire. Pas d'autres lésions viscérales.

La déhiscence constatée à la face postérieure de l'oreillette droite doit être mise sur le compte d'une rupture du cœur. Les solutions congénitales de continuité ne se rencontrent, en effet, que sur les cloisons inter-ventriculaires ou inter-auriculaires.

Les ruptures du cœur sont extrêmement rares chez l'enfant. Les traités de médecine infantile sont d'ordinaire muets sur ce point. Seul, M. Weill, dans son article du traité de Grancher, les cite à titre d'exception et comme rentrant dans les lois générales des ruptures du cœur.

On aurait donc affaire à une rupture préparée par l'affaiblissement local du myocarde, affaiblissement dû ordinairement à un infarctus ancien, à de la sclérose, toutes lésions difficiles à admettre chez un enfant de 11 jours, bien portant en apparence.

L'examen de l'organe ne permettait aucunement d'affirmer une lésion quelconque de la fibre cardiaque. Aussi, semble-t-il plus admissible de croire à un affaiblissement congénital de myocarde.

L'hématôme périrénal du nouveau-né (44).

Accouchement à terme d'un enfant de 3.500 gr. Application de forceps; les manœuvres d'extraction durent

cinq à six minutes et se font sans trop de difficultés.

Enfant vient en état de mort apparente.

Respiration artificielle et flagellation de l'enfant pendant dix minutes.

Augmentation régulière du poids de l'enfant, puis, mort brusque au 10e jour.

Autopsie :

Epanchement sanguin dans le lobe pariétal gauche. Gros hématôme surrénal du côté gauche, pas de déchirure du parenchyme rénal.

L'hémorragie méningée paraît attribuable au forceps.

L'hématôme surrénal paraît dû aux manœuvres employées pour ranimer l'enfant, en particulier à la flagellation.

Nous rapprochons ce cas d'un autre semblable observé par nous, où un enfant, qui n'avait subi aucune violence obstétricale présentait un gros hématôme intra-péritonéal sus et périrénal.

Cet enfant succomba le 5e jour, brusquement; la température, jusque là normale, s'était élevée, quelques instants avant la mort, à 40°.

Nous nous réservons de revenir sur ces faits dans un travail d'ensemble, mais il semble que, dès maintenant, nous puissions en tirer les conclusions suivantes :

1° On peut rencontrer, chez le nouveau-né, dès les premiers jours qui suivent la naissance, de gros hématômes périrénaux d'origine soit traumatique soit infectieuse (température).

2° Ces hématômes se développent vraisemblablement lentement, mais ils sont une cause de mort brusque, presque subite et sans prodrômes, par un mécanisme encore indéterminé.

TÉRATOLOGIE

Sur un cas d'imperforation du duodénum chez un nouveau-né (21).

Observation d'un cas d'imperforation du duodénum chez un nouveau-né, avec volumineuse hydramnios de l'œuf, suivie de considérations sur la forme anatomique, le diagnostic et le traitement de cette malformation.

Le plus souvent, lorsqu'on a trouvé une séparation complète entre deux portions du duodénum, la continuité apparente de l'intestin n'était pas supprimée. Bien plus rarement (cas d'Hobson, Brindeau) les deux bouts sont séparés, sans que les réunisse une portion atrésiée du tractus intestinal. Il en était ainsi dans l'observation publiée, avec, en plus, une particularité remarquable non encore notée. Les deux bouts du duodénum formaient bien deux cœcums imperforés, nullement continus l'un avec l'autre, mais l'un et l'autre se fusionnaient avec le tissu pancréatique et ne pouvaient en être séparés que par une dissection minutieuse, les canaux cholédoque et pancréatique s'abouchant dans le bout inférieur.

La pathogénie est très difficile à élucider.

Les symptômes observés, dans des cas de ce genre, sont les suivants : vomissements survenant aussitôt après la tétée, résistant à tous les moyens mis en œuvre, absence complète de bile dans les matières vomies, urines et selles peu abondantes, dénutrition rapide, enfin mort dans le refroidissement. Ils permettent de dire qu'on a affaire à une sténose pylorique ou juxta-pylo-

rique, sans qu'on puisse préciser davantage le siège du rétrécissement. La plus ou moins grande intensité des symptômes permet de fixer le degré de l'obstacle.

Enfin, il faut surtout retenir que l'apparition, aussitôt après la naissance, de vomissements tenaces et comprenant la totalité ou la presque totalité des aliments ingérés, est caractéristique d'une sténose pylorique ou duodénale sous-vatérienne, complète ou incomplète, par vice de développement et distingue, sans confusion possible, cette forme des deux autres, qu'on a décrites chez le nourrisson, c'est à savoir les sténoses par hypertrophie pylorique, et le pyloro-spasme essentiel de la première enfance.

Puisque les imperforations du pylore et du duodénum entraînent ordinairement la mort, il ne saurait être question de leur opposer un autre traitement que celui qui tend à rétablir la continuité du tube gastro-intestinal et permettra au nourrisson de s'alimenter, et c'est dire que le traitement doit être chirurgical ou ne pas être.

Si la thérapeutique doit rester médicale dans tous les cas où l'on suppose n'avoir affaire qu'à un spasme pylorique (gavage, changement de nourrice, usage du lait de vache, lavage de l'estomac), si ces moyens médicaux doivent encore être mis en œuvre au début du traitement des cas d'hypertrophie musculaire, une intervention et, dans l'espèce, une gastro-entéro-anastomose, peut seule sauver l'existence d'un nouveau-né, chez qui l'analyse clinique a permis de diagnostiquer un rétrécissement par vice de développement et, à plus forte raison, une imperforation du pylore ou des régions supérieures du duodénum.

L'intervention doit être précoce, ce qui n'est pas, malheureusement, toujours facile, en raison de l'incertitude du diagnostic dans les premiers jours et elle doit être exécutée par les procédés les plus rapides.

On connaît, actuellement, quatre cas de guérison après

gastro-entéro-anastomose pratiquée chez le nouveau-né (2 cas de Kehr, Abello, Loebker).

Il est donc prouvé qu'un nouveau-né peut survivre à une gastro-entéro-anastomose.

Imperforation de l'urèthre chez un nouveau-né, mort le troisième jour en présentant des lésions congestives de l'intestin (28).

Présentation des pièces provenant de l'autopsie. — L'enfant, du sexe masculin, était mort après avoir présenté plusieurs accès de cyanose. La mère avait, pendant sa grossesse, été soumise au traitement mercuriel. La syphilis était cependant des plus douteuses.

La lésion caractéristique était l'imperforation complète de l'urèthre, au niveau de son abouchement dans la vessie. De plus, la vessie était complètement rétractée et vide d'urine, et il n'y avait pas de distension des uretères ni du bassinet.

L'anurie avait été complète et remarquée par la mère le dernier jour.

L'enfant semble avoir succombé aux lésions congestives dont son intestin était le siège. Mais il n'aurait pu survivre à sa malformation.

L'intérêt de cette observation réside dans ce fait que l'enfant a pu terminer, sans encombre, son existence intra-utérine. Le fonctionnement de l'appareil urinaire serait donc inutile pendant toute cette période, contrairement à ce qu'on a prétendu, au moins en tant qu'appareil excréteur, éliminant au dehors ses produits.

Malformations chez deux nouveau-nés (38).

Présentation de deux nouveau-nés.

L'un présente, au petit doigt, un molluscum gros comme une aveline suspendu à un long pédicule.

Le second est atteint d'une hypertrophie osseuse

curieuse. La protubérance occipitale externe est saillante et pointue ; on la sent, sous les téguments, sous la forme d'une épine dirigée directement en arrière et sous laquelle le doigt s'engage. A son niveau, la peau est usée sous l'influence du décubitus dorsal, et une croûte s'est développée sur l'épiderme.

Hernie ombilicale sans sac chez un fœtus macéré (39)

Fœtus qui porte une hernie ombilicale, où se trouve la presque totalité des deux intestins, et dont tout l'intérêt réside dans ce fait, qu'il n'y a pas trace de sac, pas plus sur le pourtour de l'anneau que sur les parties herniées, où il est assez habituel de les voir adhérer.

Dès lors, nous sommes en face de deux hypothèses :

1°) Ou bien il s'agit d'une hernie véritablement sans sac et n'en ayant jamais eu. Ce fait est très rare, et, dans la littérature médicale, nous n'en avons retrouvé qu'un seul cas (celui de Talbet, Société anatomique de Paris, 1901).

2°) Ou bien, il s'agit d'une hernie, qui était primitivement contenue dans un sac, mais dont ce sac aurait été détruit par la macération. Il semble bien que ce soit l'hypothèse la plus probable. On pourrait objecter cependant que la macération a peu de tendance à détruire les tissus, et qu'il est quelque peu invraisemblable que cette destruction soit allée jusqu'à ne laisser absolument aucune trace du sac.

Le fœtus ne présente aucune autre malformation. La paroi abdominale est bien constituée partout, en particulier dans la région sous-ombilicale. Pour cette raison, il semble qu'on ait affaire à une hernie de la période fœtale plutôt qu'embryonnaire.

Syndactylie de la main gauche chez un nouveau-né (52)

Accouchement spontané d'un enfant de 3.300 gr. On note :

Une syndactylie totale de la main gauche.

A l'exception du pouce qui est libre, les quatre doigts sont réunis par un revêtement cutané.

Le médius et l'annulaire sont accolés et compris dans une gaine cutanée, jusqu'à leur extrémité, mais il y a indépendance du squelette de chaque doigt. Les deux doigts extrêmes sont réunis au médius et à l'annulaire par un double pont cutané, qui permet un léger écartement des doigts.

La malformation est unilatérale ; rien d'anormal du côté de la main droite.

Pas d'autres malformations congénitales.

L'enfant est vigoureux et augmente très régulièrement de poids.

Le traitement, actuellement contrindiqué par le très jeune âge de l'enfant, est renvoyé à une date ultérieure et paraît devoir être simple, en raison de l'indépendance du squelette de chaque doigt.

Rein congénitalement atrophié (53).

Autopsie d'un prématuré mort avec broncho-pneumonie, chez lequel existait une atrophie congénitale presque totale du rein gauche.

Absence congénitale du voile du palais et du palais chez un prématuré de 2.600 gr. (54).

Accouchement spontané et sans incidents d'un enfant de 2.600 gr. qui présente une malformation congénitale caractérisée par l'absence complète du palais osseux et du voile du palais. En arrière des arcades alvéolaires

existe une large fissure, au milieu de laquelle se voit la cloison médiane des fosses nasales. Tout à fait en arrière existent, de part et d'autre du pharynx, deux petits replis membranoïdes, qui paraissent être l'ébauche des piliers du voile.

Les troubles de la déglutition sont très accentués. L'enfant s'asphyxie quand on essaie de lui donner le lait maternel à la tétine ou à la cuiller.

Alimenté par le gavage à l'aide d'une sonde introduite dans le pharynx.

Malgré les soins donnés à l'enfant, il perd régulièrement du poids; au cinquième jour, il a perdu 340 gr.; il ne pèse plus que 2.260 gr. Aujourd'hui, cependant, il a repris 10 grammes.

Spina bifida ulcéré pendant le travail. — Double pied bot congénital. — Mort de l'enfant le troisième jour. — Présentation des pièces provenant de l'autopsie (55).

Primipare, 21 ans.

Accouchement spontané par le siège.

Lorsque le siège apparaît à la vulve, on voit, au niveau de la région sacrée, une vaste ulcération.

L'enfant, examiné dès sa naissance, présente un spina bifida ulcéré. La poche, de coloration rougeâtre et dont les bords se confondent avec les téguments, est divisée en deux parties par une cloison transversale. La poche supérieure communique avec le canal vertébral par un petit orifice au travers duquel on peut introduire un stylet. La poche inférieure communique aussi avec le canal vertébral.

Lorsqu'on enlève la partie postérieure de la colonne vertébrale, on reconnaît que la moelle se continue avec la paroi de la poche supérieure, de telle façon que cette paroi paraît, en grande partie, faite d'éléments nerveux.

Au-dessous de la poche inférieure existe une large fis-

sure osseuse, qui a détruit la paroi postérieure du canal sacré.

La malformation congénitale des pieds est la même des deux côtés. C'est un double pied bot varus équin, avec enroulement très accentué du pied sur son bord interne.

Malgré les précautions prises, au point de vue de l'asepsie de la poche, l'enfant survit seulement deux jours et meurt le troisième jour sans avoir eu de la température.

GYNÉCOLOGIE

CHIRURGIE

MÉDECINE

CYNÉCOLOGIE

Fibrome de l'utérus (6).

Présentation d'un fibrome inclus dans le ligament large enlevé, après laparotomie, par M. le professeur Jaboulay. Ce fibrome aurait pu être enlevé par la voie vaginale et, en utilisant la section longitudinale de l'utérus, on aurait pu conserver une moitié de l'organe et rendre l'hémorragie moins redoutable.

Kyste de l'ovaire enflammé; fibrome sous-péritonéal de l'utérus (12).

Présentation de deux pièces provenant du service de M. le professeur Jaboulay :

1. Un kyste de l'ovaire enflammé. Le kyste et le péritoine présentaient l'aspect caractéristique de l'inflammation.

2. Un fibrome sous-péritonéal de l'utérus, attiré au dehors et sectionné assez loin de son pédicule, de telle sorte que la large collerette ainsi formée tient lieu de broche et empêche le pédicule de rentrer.

Contribution à l'étude des fistules intestino-vaginales après les opérations sur le vagin. Spontanéité de leur guérison (21).

Dans ce mémoire nous ne cherchons pas à faire une étude complète des fistules intestino-vaginales. Nous

voulons seulement montrer comment se produisent et se comportent celles qui succèdent aux opérations pratiquées sur le vagin pour le traitement des affections utérines ou annexielles.

Travail basé sur 39 observations recueillies à la Clinique gynécologique de Lyon (service du Prof. Laroyenne).

I. — Classification et pathogénie

Ces fistules peuvent s'observer après des interventions très diverses.

Elles siègent rarement sur l'intestin grêle, plus rarement sur l'S iliaque, presque toujours sur le rectum.

On peut les diviser en :

a) *Pré-opératoires,* dues à la lésion préexistant à l'opération.

b) *Opératoires*, dues au traumatisme chirurgical, directement ou indirectement.

c) *Post-opératoires*, dues le plus souvent à la compression par les pinces laissées à demeure, plus rarement à l'étranglement de l'intestin au travers de l'orifice d'incision (fistules entéro-vaginales pour causes indirectes de Normet).

II. — Symptomes

Le signe capital est l'écoulement des matières par le vagin, le plus souvent sans accompagnement de phénomènes généraux.

Quelquefois du pus s'écoule avec les selles.

Il importe de fixer le siège et le degré de perméabilité des fistules. On y arrive en observant la qualité et la quantité des matières qui s'écoulent par le vagin.

Le toucher rectal fournit de bonnes indications, ainsi que l'injection de lait dans le rectum.

III. — Evolution. — Pronostic

Presque toujours l'évolution est simple et le pronostic favorable (moins cependant pour les fistules de l'intestin grêle).

La guérison spontanée est la règle dans un délai qui varie de huit jours à deux mois.

Lorsque la fistule est persistante (2 fois sur 39 observations), elle est justiciable d'un traitement chirurgical.

IV. — Intervention en cas de guérison non spontanée

Si la fistule est petite, il suffit de la cautériser avec du chlorure de zinc.

Si la fistule est plus considérable et incontinente pour les solides et les liquides, il faut intervenir chirurgicalement, soit par le vagin, soit plutôt par le ventre (procédé de Doyen, procédé de Condamin).

Celle de nos malade qui fut opérée par ce dernier procédé guérit en dix jours.

Un point de technique important est de se servir, comme d'indicateur pour découvrir la fistule, d'un doigt glissé dans le cul-de-sac postérieur.

V. Déductions thérapeutiques générales

L'extrême bénignité des fistules intestino-vaginales mise en regard de l'égale fréquence et de la bien plus grande gravité des fistules stercorales consécutives à la laparotomie, constitue un argument sérieux en faveur de la méthode vaginale dans le traitement des affections utérines ou annexielles.

CHIRURGIE

Kyste dentigère (1).

Observation d'un kyste du maxillaire inférieur contenant une dent, malgré l'intégrité apparente du système dentaire à son niveau, intégrité qui avait fait songer à un kyste odontopathique simple.

Cancer de l'estomac. — Dilatation bidigitale du pylore (3).

Présentation d'une malade très cachectique, atteinte d'un cancer de l'estomac, chez qui M. le professeur Jaboulay a pratiqué la dilatation bidigitale du pylore. Depuis, l'intervention l'alimentation se fait dans de bonnes conditions.

Dentier dans l'œsophage. — Œsophagotomie (4).

Femme à laquelle M. le professeur Jaboulay a pratiqué une œsophagotomie externe, pour extraire un dentier implanté à 10 centimètres de l'orifice supérieur de la symphyse.

La malade va bien. La déglutition est parfaite, la fistule s'est fermée au bout de huit jours.

Ostéoclasie ancienne (5).

Présentation d'un homme à qui M. le professeur Jaboulay a fait huit ans auparavant, une ostéoclasie du fémur

droit, pour ankylose avec flexion complète du genou droit. Redressement en trois séances pour ménager les parties molles du creux poplité.

Le résultat orthopédique est actuellement très bon, et la marche facile.

Occlusion intestinale par bride péritonéale. — Laparotomie. — Eviscération partielle. — Guérison (7).

Dans ce mémoire est relatée l'histoire d'une malade entrée à l'hôpital avec des signes d'occlusion intestinale, et laparotomisée immédiatement par M. le Professeur Jaboulay. Toutes les anses distendues furent éviscérées en masse ; l'unes d'elles était serrée dans le petit bassin par une bride fibreuse. Rupture de la bride ; l'intestin porte à son niveau un sillon profond.

Réintégration de l'intestin et guérison parfaite.

Cette observation est à mettre à l'actif de l'éviscération considérée comme traitement de choix de l'occlusion intestinale aiguë. Cette méthode permet de voir l'obstacle immédiatement et de le lever. Il importe seulement d'agir vite pour éviter le shock.

Cancer du rein. — Néphrectomie transpéritonéale médiane. — Guérison opératoire (8).

Mémoire ou est rapportée l'histoire d'un malade opéré par M. Jaboulay, dans les conditions suivantes : volumineuse tumeur abdominale, sans signes anormaux. *Laparotomie médiane* et ablation par cette voie de la tumeur (cancer atypique du rein) après ligature des divers pédicules, contrairement à ce qui se pratique habituellement. On choisit, en effet, presque toujours la voie latérale transpéritonéale, ou postérieure extra-péritonéale.

Résection de tarse et du plateau tibial (9)

Ecrasement du pied par un engrenage; grand traumatisme paraissant nécessiter l'intervention; cependant M. Jaboulay tente la conservation et résèque le tarse et le plateau tibial.

Le malade présenté commence déjà à faire quelques pas. Dans quelques mois la restauration de la fonction sera complète.

L'intervention a, en même temps, permis la guérison des grandes ulcérations coexistantes qui, à elles seules, eussent légitimé la résection. Dans le même ordre d'idées, M. Jaboulay a imaginé une amputation ostéoplastique de l'arrière-pied dans les vastes ulcérations néoplasiques du talon.

Ce cas démontre qu'en chirurgie il faut faire de la conservation à outrance.

Epilepsie, trépanations successives (10)

Présentation d'un épileptique de 21 ans, à crises fréquentes, à qui M. le professeur Jaboulay a pratiqué successivement :

1° Une trépanation au niveau du centre du membre supérieur droit sans incision de la dure-mère.

2° L'incision de la dure-mère, au point trépané.

3° Une deuxième trépanation sur le lobe occipital gauche.

4° Une troisième trépanation sur le lobe temporo-pariétal droit, selon un procédé décrit sous le nom de trépanation bilinéaire avec travée volante intermédiaire (V. *Archives Provinciales de Chirurgie*, 1893).

Résultat opératoire excellent, mais thérapeutique imparfait : simple diminution de l'intensité des crises.

Résultats éloignés d'une exothyropexie (11)

Présentation d'une goîtreuse qui présentait, en outre, quelques signes de maladie de Basedow et à qui M. le professeur Jaboulay pratiqua l'exothyropexie.

Amélioration très sensible et qu'on peut considérer comme définitive (l'intervention a été faite il y a trois ans et demi).

Appendicite perforante aiguë. — Résection de l'appendice. — Guérison (12)

Présentation d'un appendice perforé et gorgé de pus. Pas de corps étrangers.

Le malade fut opéré dans un état très grave et guérit néanmoins.

Epithélioma de la face traité par l'acide arsénieux (14)

Présentation d'un malade porteur, il y a deux mois, d'un épithélioma de la face datant de 6 ans, sur lequel M. le professeur Jaboulay a fait pratiquer des badigeonnages avec une solution d'acide arsénieux.

Traitement régulier pendant quatre semaines. Cicatrisation complète de l'ulcération.

Cancer du pylore. — Gastro-entéro-anastomose et gastrectomie (15)

Présentation d'un pylore cancéreux enlevé par M. le professeur agrégé Vallas. Celui-ci avait, dans une première intervention, pratiqué la gastro-entéro-anastomose avec succès ; le malade sort très amélioré, mais revient, huit mois après, de nouveau très cachectique. M. Vallas enlève la tumeur pylorique qui présente des adhérences nombreuses.

Mort du malade le lendemain, avec les phénomènes du shock.

L'autopsie permet de constater l'intégrité et le bon fonctionnement de l'ancienne anastomose.

Ostéo-arthrite tuberculeuse du coude. résection, rétablissement des mouvements (16)

Malade opéré, il y a 4 ans, par M. le professeur agrégé Vallas.

Les résultats sont excellents. Le malade a conservé la presque totalité des mouvements de l'articulation, l'extension exceptée. Il persiste, de plus, quelques mouvements de latéralité.

L'articulation se serrera probablement par la suite et gagnera en force ce qu'elle perdra en étendue de mouvements.

Cure radicale d'un anus contre nature (17)

Malade opéré par M. le professeur agrégé Vallas Résultat excellent.

Contribution à l'étude des pseudo-appendicites (19).

Mémoire consacré à l'étude des processus douloureux et inflammatoires de la région cœcale, qui peuvent simuler les appendicites et cependant n'en sont pas.

Dans quelques cas, il s'agit de *para-appendicites*, lésions des organes voisins (adénites précœcales, péritonites localisées, salpingites, kystes ovariques pédiculés), revêtant l'apparence clinique de l'inflammation appendiculaire.

D'autres fois, on a affaire à des *pseudo-appendicites;* l'appendice est sain, microscopiquement et macroscopiquement et les symptômes constatés, qui simulent l'appendicite vraie, doivent être rattachés à une maladie

capable d'expliquer, avec tous les autres symptômes, les phénomènes douloureux de la fosse iliaque droite, lesquels deviennent ainsi de véritables névralgies symptomatiques du cœcum et de l'appendice.

Cette maladie peut être l'hystérie (Rendu, Brissaud, Nothnagel), la neurasthénie (Vincent) et enfin la syphylis.

Nous rapportons un cas remarquable de cette dernière variété. Une malade entre à l'hôpital en pleine syphilis secondaire et présentant en outre des signes appendiculaires d'une intensité telle qu'elle fut immédiatement laparotomisée. L'appendice, absolument sain, fut laissé en place, un traitement spécifique énergique amena la guérison rapide et complète.

Il s'agissait, dans ce cas, d'une de ces algies viscérales avec fièvre si fréquentes au cours de la syphilis secondaire (Fournier).

Le diagnostic des pseudo-appendicites sera surtout basé sur l'absence de signes objectifs locaux et l'intégrité relative de l'état général.

Le traitement sera, avant tout, causal (hystérie, syphilis), et permettra d'éviter la laparotomie.

MÉDECINE

Chancre syphilitique végétant de la lèvre inférieure

Présentation de la malade guérie par le traitement spécifique.

Une photographie montre l'aspect de la lésion au moment de l'entrée : masse bourgeonnante occupant presque toute l'étendue de la lèvre inférieure et laissant suinter un liquide ichoreux non fétide. Pas de commémoratifs ni d'autres accidents.

Guérison complète du chancre ; il reste seulement un peu d'induration. Actuellement, il y a des signes de la période secondaire.

THÈSES INSPIRÉES

GOTTENKIÉNY. — Th. Lyon, 1904. Contribution à l'étude de la pneumonie gravidique et de ses rapports avec l'allaitement.

VERGNES. — Th. Lyon, 1905. Sur une modalité clinique des hémorragies de la délivrance.

GIRARD. — Th. Lyon, 1906. Contribution à l'étude des ictères graves survenant dans les suites de couches, en dehors des cas d'infection puerpérale.

COLIN. — Th. Lyon, 1907. Contribution à l'étude des tumeurs conjonctives et particulièrement des angiômes du placenta.

ROUSSEAU. — Th. Lyon, 1907. La lymphangite gangréneuse du scrotum, chez le nouveau-né.

BERNARD. — Th. Lyon, 1907. De la puerpéralité dans ses rapports avec les affections valvulaires du cœur, recueil de faits cliniques.

VITREY. — Th. Lyon, 1907. Contribution à l'étude de la mortalité infantile dans ses rapports avec l'allaitement.

Imp. P. LEGENDRE et Cie, Lyon.